

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

26

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert VINCENT

Né le 29 janvier 1918, à Paris
Ancien Interne de l'Hôpital américain

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 1945

SUR UN CAS
D'AMIBIASE INTESTINALE
SUBAIGUË AUTOCHTONE

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153308_0059

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VINCENT.**

Prénom : **Robert.**

Date de la soutenance : 18 avril 1945.

Numéro d'ordre :

1

VINCENT (Robert). — Sur un cas d'Amibiase intestinale subaiguë autochtone. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 36 p., 1 fig. + 1 pl. h.-t.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1945, N°.....)

2

VINCENT (Robert). — Sur un cas d'Amibiase intestinale subaiguë autochtone. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 36 p., 1 fig. + 1 pl. h.-t.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1945, N°.....)

3

VINCENT (Robert). — Sur un cas d'Amibiase intestinale subaiguë autochtone. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 36 p., 1 fig. + 1 pl. h.-t.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1945, N°.....)

4

VINCENT (Robert). — Sur un cas d'Amibiase intestinale subaiguë autochtone. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 36 p. 1 fig. + 1 pl. h.-t.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1945, N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert VINCENT

Né le 29 janvier 1918, à Paris
Ancien Interne de l'Hôpital américain

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 1945

SUR UN CAS

D'AMIBIASE INTESTINALE
SUBAIGUË AUTOCHTONE

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1945

DOYENS HONORAIRES

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... **BAUDOUIN**
 ASSESSEUR..... **Léon BINET**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N..
Bactériologie.....	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique.....	MATHIEU.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses.....	LÉMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
	ABRAMI.
Cliniques médicales.....	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique.....	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie.....	VINCENT (Cl.)
	LANTUÉJOL.
Cliniques obstétricales.....	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale.....	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER
Clinique urologique.....	N..
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie.....	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	JUSTIN-BESANÇON
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée.....	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie.....	BINET (Léon).
Physique médicale.....	STROHL.
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET.
Thérapeutique.....	AUBERTIN

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), GIROUD (Histologie), JAYLE M. (Chimie médicale), LAROCHE G. (Médecine générale), OLIVIER (Anatomie) VERNE (Histologie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie.....	CORDIER.		GARCIN.
	N...		DE GENNES.
	DELARUE.		HAGUENAU.
Anatomie pathologique	M ^{lle} GAUTHIER-		LELONG.
	VILLARS	Médecine générale.....	LENÈGRE.
Bactériologie.....	BONNET.		MARCHAL.
Chimie médicale.....	N...		MOLLARET.
	AMELINE		MOUQUIN.
	FÈVRE.		SOULIÉ.
	FUNCK-BRENTANO	Médecine légale.....	DESOILLE.
	MÉNÉGAUX.		DIGONNET.
Chirurgie générale...	PATEL.	Obstétrique.....	LACOMME.
	SICARD.		SUREAU.
	N...		N...
	N...	Ophthalmologie.....	RENARD.
	N...	Oto-rhino-laryngologie.	HALPHEN.
Histologie.....	BULLIARD.	Parasitologie.....	LAVIER.
Hydrologie.....	N...	Parasitologie coloniale.	N...
Hygiène.....	N...	Pathologie expériment.	LEMAIRE.
	BARIÉTY.	Pharmacologie.....	M ^{lle} J. LÉVY
	BERNARD (Ét.).		N...
	BOULIN.		RICHET
Médecine générale....	BROUET.	Physiologie.....	N...
	CACHERA.	Physiologie médicale...	DESGREZ (H.).
	COSTE.	Thérapeutique.....	TURPIN.
	DELAY.	Urologie.....	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LORIER (Obstétrique), PIÉDELIÈVRE (Médecine légale), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale...	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale....	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale...	ECALLÉ.	Clinique urologique..	FEY.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture.....	N...	Stomatologie.....	DECHAUME
Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD		

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.....	A. HAHN.
Bibliothécaires.....	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA BELLE-SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ
L'OFLAG III C ET DE L'OFLAG VI D
(1940-1943)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

(in memoriam)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

Qui furent mes premiers maîtres à l'hôpital et à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAYLA

Médecin de l'Hôpital de Neuilly

A MADemoisELLE LE DOCTEUR DELON

Médecin-assistant de l'Hôpital de Neuilly

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1936-1937. MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL (*in
memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT
(*in memoriam*)

1937-1938. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGR. OKINCZYC
MONSIEUR LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES

1938-1939. MONSIEUR LE PROFESSEUR N. FIESSINGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT
(*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR
MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

1943-1944. MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGR. VAUDESCAL
MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

Internat à l'Hôpital américain :

1944.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LERICHE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES MARTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT THUREL

SUR UN CAS D'AMIBIASE INTESTINALE SUBAIGUË AUTOCHTONE

Nous avons eu l'occasion d'examiner et de suivre dans le Service du Dr CAYLA à l'Hôpital de Neuilly, une jeune malade atteinte d'amibiase subaiguë autochtone qui vient une fois de plus confirmer la réalité de l'existence de ces amibiases surtout depuis la guerre 1914-1918, d'après les remarquables travaux de CHAUFFARD d'une part, qui en affirme la fréquence relativement grande dès 1912, et d'autre part, les travaux de LANDOUZY et de Robert DEBRÉ.

Depuis, de nombreux auteurs dont Noël FIESSINGER et E. LEROY, FRANGON et HUTINEL ont rapporté plusieurs cas d'amibiases autochtones, le plus souvent frustes, ayant prêté aux erreurs de diagnostic les plus variées.

OBSERVATION

Voici l'observation que nous avons pu recueillir à l'hôpital de Neuilly.

Mlle L..., âgée de 16 ans, entre dans le Service du Dr CAYLA le 19 octobre 1943, venant du pavillon de l'observation où elle se trouvait depuis le 8 octobre 1943.

Depuis 4 mois, la malade présentait :

de l'amaigrissement,
de la fièvre (37°2 le matin, 37°8 le soir),
de la diarrhée.

Elle avait été précédemment traitée à l'Hôpital de la Cité Universitaire dans le Service du Professeur LENÈGRE depuis juin 1943, jusqu'à octobre 1943, où devant la température hectique, l'amaigrissement, joints au syndrome abdominal douloureux, malgré l'absence de signes cliniques pulmonaires, de signes radiologiques, on avait cependant conclu à une tuberculose pulmonaire avec atteinte de l'intestin et décidé l'envoi de la malade dans un préventorium.

Devant la commission de contrôle de l'Office Public d'Hygiène Sociale, avant son départ, le médecin constatant son état général très mauvais, refuse de la laisser partir et la fait entrer dans le Service de l'observation de l'Hôpital de Neuilly où elle est examinée par le Dr LOUVET.

Tous les examens en vue de confirmer une tuberculose sont pratiqués.

Les résultats tant cliniques que radiologiques sont négatifs, les examens de crachats ne révèlent aucun bacille de Koch. On rejette le diagnostic de tuberculose pulmonaire et la malade est transférée le

19 octobre dans le Service de Médecine générale sans qu'aucun diagnostic ferme, même de tuberculose intestinale ait été posé.

Nous sommes donc devant une malade de 16 ans qui a de la fièvre :

— température normale le matin et $38^{\circ} 7$ à $39^{\circ} 4$ le soir,

— qui a de la diarrhée, diarrhée banale sans aucun caractère spécial faite de 3 ou 4 selles dans la journée,

— qui a de la polyurie nocturne.

L'examen clinique est assez pauvre de renseignements.

L'abdomen est douloureux d'une manière imprécise dans les régions para-ombilicales droite et gauche avec une légère défense.

On perçoit une masse ganglionnaire allongée douloureuse le long du côlon gauche.

Mais il n'y a pas d'augmentation de volume, pas de circulation collatérale, pas de douleurs dans les régions lombaires.

L'appareil cardiovasculaire est normal en dehors d'une légère hypotension (10.7 au Vaquez). Il n'y a aucun signe auscultatoire pulmonaire.

L'examen du système nerveux ne révèle aucune anomalie.

On note seulement une éruption du pli du coude droit apparue il y a un mois, vraisemblablement à la suite d'un traitement mercuriel entrepris à l'Hôpital

de la Cité Universitaire devant quelques signes témoins d'une hérédo-syphilis probable.

L'étude des antécédents tant personnels que familiaux ne nous apprend rien et pour orienter un diagnostic qu'on entrevoit à peine, on pratique le 23 octobre 1943.

1^o Un examen sanguin dont voici le résultat :

Numération globulaire :

Hématies	3.850.000
Leucocytes	6.400
Hémoglobine	80 %
Valeur globulaire	0,9

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	63 %
Polynucléaires éosinophiles	1 %
Polynucléaires basophiles	0 %
Lymphocytes	23 %
Moyens mononucléaires	6 %
Grands mononucléaires	3 %
Monocytes	4 %

en somme, une formule d'anémie légère.

2^o Un examen cyto-bactériologique des urines qui donne :

Absence de pus.

Absence d'hématies.

Présence de quelques cellules épithéliales.

Aucun germe. La recherche des bacilles de Koch est négative ;

3^o Un examen des selles tant direct qu'après homo-



Radiographie pulmonaire.
Le parenchyme est normal.



Radiographie de l'intestin.
Le cæcum est dilaté.

généisation ne permet pas de déceler de bacilles de Koch ;

4^o Une hémoculture et un séro-diagnostic T. A. B. tous deux négatifs.

Le 24 octobre 1943, un examen radiologique de l'intestin après lavement baryté, montre le cæcum un peu distendu, le côlon gauche excentré, la masse ganglionnaire n'est pas visible.

Le 25 octobre 1943, on pratique un examen de l'exsudat vaginal qui montre : présence de pus, flore saprophyte et polymorphe, pas de gonocoques.

Durant toute cette période du 19 octobre 1943 à la fin de novembre 1943, aucun traitement n'est institué ; la courbe de température reste la même, présentant une légère ondulation dans son ensemble. On note une légère reprise du poids qui, de 35 kgr. 800 le 5 novembre 1943, passe à 37 kgr. 100 le 18 novembre.

L'examen clinique ne révélant toujours aucun fait nouveau, le 25 novembre on pratique :

1^o un examen des selles direct, pas de bacilles de Koch ;

2^o une numération globulaire :

Hématies.....	3.280.000
Leucocytes	5.400
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire.....	0,9

3^o une formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	36 %
Polynucléaires éosinophiles.....	2 %
Polynucléaires basophiles.....	0 %
Lymphocytes.....	37 %
Moyens mononucléaires.....	15 %
Grands mononucléaires.....	6 %
Monocytes.....	4 %

avec anisocytose légère.

Donc toujours formule anémique sans caractères permettant une orientation du diagnostic.

Le 30 novembre 1943, on refait un examen cytobac tériologique des urines direct qui montre :

quelques polynucléaires peu altérés, absences d'hématies, nombreux cristaux d'urate de soude, de potasse et d'oxalate de chaux, quelques cellules épithéliales, aucun germe.

La recherche et la culture du bacille de Koch sont négatives.

Un autre examen fait vers le début de décembre donne les mêmes résultats.

Devant la négativité de tous les examens de laboratoire, l'absence de fait clinique nouveau, le peu de précision apporté par la radiographie de l'intestin, devant la persistance de la température, on institue le 15 décembre un traitement sulfamidé *per os*.

le premier jour : 8 grammes,

pendant les 11 jours suivants : 6 grammes,

enfin, 4 grammes le dernier jour soit en tout 78 grammes.

Le traitement semble avoir pendant quelques jours

une influence sur la courbe de température qui se trouve désarticulée et baisse notablement.

Cependant, le 28 décembre, dernier jour du traitement, la température remonte à 37° 4 le soir et reste aux environs de 37° 3 le matin, 38° 8 le soir jusqu'au 3 janvier 1944, jour de reprise d'un nouveau traitement sulfamidé, 8 grammes pendant 2 jours en descendant progressivement pour atteindre 4 grammes ; le traitement dure 12 jours, soit 57 grammes de sulfamides qui n'empêchent pas de nouveaux clochers fébriles et le 8 janvier, on fait une nouvelle hémoculture également négative. Tout de suite après ce deuxième traitement, la courbe de température subit une légère baisse pour refaire une nouvelle ondulation durant une dizaine de jours jusqu'à un troisième traitement sulfamidé de 79 grammes pendant 17 jours, qui cette fois, n'amène qu'une très légère perturbation de la courbe.

Tandis que la température reste oscillante, l'état général décline de plus en plus, la malade est très faible, perd du poids ;

Le 6 janvier.....	35 kgr. 900
Le 21 janvier.....	35 kgr. 400
Le 25 janvier.....	34 kgr. 500
Le 7 février.....	34 kgr.

mais localement aucun changement.

Le 8 janvier, on fait une intradermoréaction à la mélitine qui est négative.

Les jours suivants, devant l'échec du traitement

anti-infectieux, on se contente d'observer la malade en pratiquant une thérapeutique symptomatique (spasmalgine, élixir parégorique, tannin).

Le 10 février, un nouvel examen d'urines est fait, ne montrant rien de spécial.

Le 12 février, une numération globulaire donne :

Hématies	3.600.000
Leucocytes	6.600
Hémoglobine	70 %
Valeur globulaire	0,9

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	45 %
Polynucléaires éosinophiles	0 %
Polynucléaires basophiles	0 %
Lymphocytes	27 %
Moyens mononucléaires	24 %
Monocytes	6 %

Le 19 février, un nouvel examen de selles devant être fait pour rechercher les bacilles de Kock, on demande également la recherche des amibes qui s'avère positive. On trouve en effet de nombreuses entamœba dysenteriae, variété histologique sous leur forme virulente. La malade est tellement fatiguée qu'on renonce à pratiquer une rectoscopie.

On institue alors immédiatement un traitement à l'Emétine pendant trois jours consécutifs, puis pendant 4 jours, tous les 2 jours, c'est-à-dire jusqu'au 29 février, mais l'état général est extrêmement bas ; la malade est très amaigrie (32 kgr. 100 le 22 février 1944) et ce n'est que le 6 mars qu'on obtient une chute de

température qui remonte d'ailleurs les jours suivants, un peu moins qu'avant néanmoins.

Entre temps, un nouvel examen des selles fait le 2 mars montre la présence de nombreux kystes d'amibes.

L'émétine ne semblant pas avoir une action certaine, on institue le 4 mars un traitement arsenical, d'abord sulfarsénol, puis stovarsol qui fait nettement baisser la fièvre ($37^{\circ}2$ le matin, $38^{\circ}4$ le soir). Le 25 mars, on tente un nouveau traitement éméтинien, mais le 29, mouvement fébrile, puis le 3 avril nouveau clocher à $40^{\circ}2$ (le matin) et la malade meurt le lendemain.

L'autopsie fut pratiquée quelques jours après. Elle nous donne assez peu de renseignements :

- Énormes adénopathies mésentériques.
- Rate de volume normal présentant des granulations sur la capsule.
- Poumon macroscopiquement normal.
- Foie pâle à la coupe sans abcès.

L'examen histologique des coupes après coloration et inclusion dans la paraffine donne les résultats suivants (M. NORMAND) :

Rate. — Sclérose légère ; pas de foyer abcédé ou inflammatoire.

Poumon. — Fragment occupé par une vaste zone de mortification caséogène avec volumineux amas microbien à la partie centrale, sans appel leucocytaire
Pas de formes amibiennes décelables.

Foie. — Dégénérescence graisseuse accusée, irritation notable, pas d'abcès, pas de formes amibiennes.

Ganglion. — Zones de mortification caséeuses entourées par un tissu conjonctivo adipeux, avec quelques rares cellules géantes.

Intestin. — Ulcérations avec régions mortifiées et cellules géantes, pas de muqueuse décelable.

Résumé de l'observation.

Essayons maintenant de résumer cette longue observation ; notre malade âgée de 16 ans présente cliniquement :

fièvre hectique,
diarrhée,
adénopathie iliaque gauche,
amaigrissement.

Au point de vue laboratoire :

des amibes vivantes, puis des kystes,
jamais de bacilles de Koch,
une formule sanguine d'anémie.

DIAGNOSTIC POSITIF

Nous avons conclu à une amibiase subaiguë, sans lésions hépatiques, amibiase autochtone, puisque notre malade n'avait jamais quitté la France, et dont le diagnostic n'a pu être précisé que sur la présence des amibes dans les selles, soit sous leur forme virulente, soit sous leur forme végétative qui expliquaient les signes cliniques, assez pauvres d'ailleurs, qu'aucun autre diagnostic ne pouvait satisfaire.

Étude de cas analogues.

Les cas d'amibiase autochtone ont été assez nombreux après la guerre de 1914-1918. D'après QUERANGAL DES ESSARTS (*Bulletin de la Société de Pathologie exotique*) (Séance du 9 fév. 1933 qui a observé de nombreux cas à Brest, il y aurait :

Cas d'origine exotique	76,5 %
Cas d'origine européenne	18,5 %
Cas autochtones bretons	4,3 %

D'après BRUMPT 15 % des Français auraient été parasités après la Grande Guerre.

Dans la plupart des cas, qu'il s'agisse d'amibiase

intestinale ou d'amibiase hépatique, on se trouve devant des formes frustes ou larvées qui prêtent à des erreurs de diagnostic variées.

FIESSINGER rapporte l'observation d'un homme de 37 ans, picard, n'ayant jamais quitté la France et qu'il fut appelé à voir pour un syndrome typhique, avec diarrhée ocre, troubles digestifs, amaigrissement rapide, puis signes de cortico-pleurite de la base droite. Si bien que cet auteur avait conclu à une tuberculose subaiguë granulique. Le malade mourut, et à l'autopsie on trouva des ulcérations de type amibien et un abcès du foie.

Le même auteur rapporte un autre cas d'évolution plus lente qui fut pris pour une tuberculose aiguë jusqu'à l'apparition d'une vomique de pus chocolat qui vint faire le diagnostic.

Jamais l'amibiase subaiguë ou chronique d'origine autochtone ne se présente avec une symptomatologie bruyante.

C'est presque toujours une colite avec ou sans signes hépatiques, température autour de 38°, de l'anémie, de l'amaigrissement.

ARNAUD, de Rabat (*Maroc médical*, n° 110, 15 août 1931) rapporte l'observation d'un homme de 49 ans, porteur d'une amibiase et qui avait en tout et pour tout comme signes :

température autour de 38°,
deux selles pâteuses par jour,
pas de gros foie, pas de grosse rate.

Ce sont les travaux de CHAUFFARD qui les premiers en France, ont mis au point cette question de l'amibiase en montrant que sa fréquence était relativement grande, et surtout qu'il ne fallait pas s'attendre à une symptomatologie complète. Il a pu écrire en 1912 :

« Actuellement l'amibiase nous paraît assez répandue pour qu'on la suspecte derrière toute entérite, toute hépatite ou tout autre trouble viscéral qui ne fait pas sa preuve, même si le malade n'a pas quitté la France, même s'il n'a pas d'antécédents dysentériques, même si les selles ne contiennent ni amibes, ni kystes. C'est alors qu'il faut penser à l'épreuve thérapeutique. »

Dans un travail du Service du Dr BENSAUDE, OURY et GODARD (*Presse médicale*, du 4 mars 1931) disent que l'amibiase intestinale se présente toujours comme une colite, il n'y a jamais de dysenterie franche ; la diarrhée est rebelle, l'examen clinique décèle parfois un gargouillement caecal, une rigidité colique, mais souvent aussi un abdomen normal.

Les signes hépatiques sont des plus variables ; il y a de l'anémie, de l'amaigrissement. Quant à l'endoscopie, les résultats, d'après ces auteurs, sont très divers.

Tantôt muqueuse hyperémiee ou cedématiée ou pâle, parsemée de pointes hémorragiques, ou petites ulcérations peu profondes.

Mais très souvent, aspect normal.

Les selles peuvent être vernissées, moulées, parfois

séro-sanglantes ou bouse de vache, mais aussi être constituées par une diarrhée banale.

Les amibes sont rares et difficiles à rechercher en période de constipation et, il faut faire des examens consécutifs de huit jours afin d'éliminer la période négative de sept jours.

DISCUSSION ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Voyons maintenant dans le cas qui nous intéresse, les difficultés qui peuvent se présenter d'après l'étude de chaque symptôme.

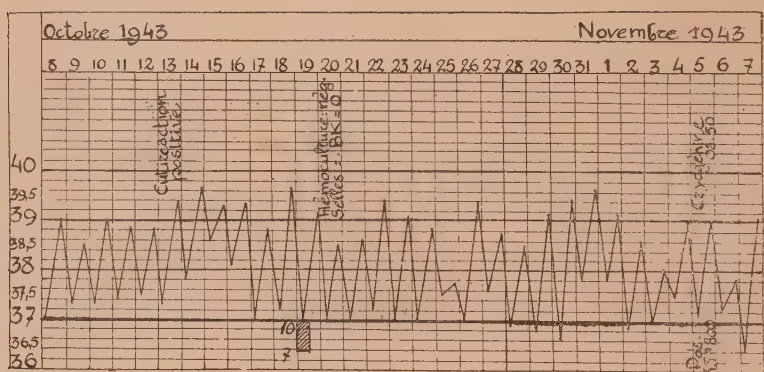
La fièvre.

L'allure générale de la courbe de température présente des ondulations surtout nettes au début et aurait pu faire penser à une mélitococcie, mais notre malade n'avait pas de sueurs abondantes, pas d'arthralgies et l'intradermo-réaction à la mélitine (le 8 février 1944) fut négative.

Elle aurait pu faire, et elle l'a fait, penser à une tuberculose, comme dans les observations que nous avons rapportées, mais les examens radiologiques, cliniques, laboratoires faits par différents médecins phtisiologues, tant à l'Hôpital de la Cité Universitaire qu'à l'Hôpital de Neuilly, se sont toujours montrés

négatifs et ce n'est qu'à regret que l'on s'était décidé à poser le diagnostic de bacillose, sachant qu'il ne s'agissait pas de tuberculose, mais ne pouvant donner aucun autre diagnostic et l'on s'était décidé malgré tout d'envoyer la malade en préventorium à cause de cette température hectique.

Le troisième diagnostic important qu'on avait soupçonné était une infection typhoïde ou une septicémie.



On avait plus particulièrement songé à une endocardite lente subaiguë, mais il n'existait aucun souffle, aucun signe cardiaque. Là encore, la clinique et le laboratoire vinrent infirmer le diagnostic. L'hémoculture fut toujours négative.

La diarrhée.

La diarrhée était parfaitement banale ; ni selles moulées, vernissées, ni séro-sanglantes, mais nous

avons déjà vu qu'elle n'infirmait en rien l'amibiase.

L'absence des bacilles de Kock à tous les examens de laboratoire infirme nettement le diagnostic de tuberculose intestinale, tandis que la présence, la première fois d'amibes hystolytiques, la deuxième fois de kystes amibiens, a au contraire une singulière valeur et nous paraît être l'élément capital pour affirmer l'existence d'une amibiase, puisque ces amibes se présentaient indiscutablement sous leur forme pathogène de 20 à 30 μ de diamètre, à ectoplasme très réfringent, poussant des pseudopodes très mobiles ou sous leur forme kystique ; kystes petits de 14 à 15 μ présentant 4 noyaux.

Nous ne discuterons pas, étant donné l'état général et la température, la possibilité d'entérite banale ou de colite.

L'adénopathie iliaque gauche.

Nous pensions bien en effet, que cette masse allongée le long du côlon gauche était bien cliniquement une masse ganglionnaire, car elle était indépendante du côlon dont le transit était normal (lavement baryté) et sa présence fut retrouvée à l'autopsie.

Si nous ne pouvons affirmer que cette adénopathie est absolument d'origine amibienne, la présence des cellules géantes d'ailleurs atypiques n'est pas une preuve suffisante de bacillose, elle est seu-

lement le témoin d'une infection lente surajoutée, non nécessairement en rapport direct avec des lésions intestinales quelle qu'en soit leur origine, et on ne peut sur cet élément seul affirmer ou infirmer un diagnostic.

L'anémie et l'amaigrissement.

L'anémie comme l'amaigrissement, s'ils sont l'apanage de nombreuses affections, n'ont ici qu'une valeur diagnostique restreinte, encore que tous les auteurs s'accordent à en faire un des signes du tableau clinique de l'amibiase.

Signes négatifs.

Voyons maintenant les éléments qui pourraient infirmer le diagnostic.

Eosinophilie.

Nous n'avons trouvé d'éosinophilie dans aucune des formules leucocytaires qui ont été faites, mais il semble que ce soit une preuve fort inconstante, dont l'existence bien entendu, donnera toujours une indication précieuse en orientant le diagnostic vers une parasitose.

Rectoscopie.

La rectoscopie n'a pas été faite ; on avait cependant envisagé de pratiquer cet examen, mais la malade se trouvait dans un tel état de cachexie qu'on dût y renoncer. D'ailleurs, là encore, les auteurs sont d'accord pour montrer que si souvent on trouve les ulcérations typiques, parfois aussi, la muqueuse a un aspect normal et même CHENE signale n'avoir jamais observé en France les ulcérations caractéristiques, ni les aspects d'abcès (rapporté par B. le BOURDELÈS. Encyclopédie). D'autre part, nous avons vu que l'examen radiologique n'avait révélé aucune ulcération, aucune lésion intestinale.

Traitement émétinien.

Selon la plupart des auteurs, une des meilleures preuves de l'existence de l'amibiase serait la guérison par traitement émétinien. Dans le cas qui nous intéresse, nous eûmes un échec. Mais nous pensons, à la suite de FRANGON et HUTINEL, que cet échec peut-être dû à plusieurs causes :

1^o Hypervirulence de l'amibe et peut-être son émétino-résistance ;

2^o Conditions de terrain : sujet débilité, en mauvais état général, tare organique ;

3^o Institution trop tardive ou trop peu énergique du traitement.

Nous n'avons pas pu vérifier la première cause ; mais notre malade rentre bien dans le cadre des deux autres ; elle est extrêmement amaigrie, fatiguée, et lorsqu'on institue le traitement il ne faut pas oublier que sa maladie dure depuis plusieurs mois. Donc nous ne croyons pas que cet échec puisse infirmer le diagnostic d'autant plus que l'on a pu observer une légère rémission de la température lors des traitements.

Histologie.

Les résultats des examens anatomo-pathologiques sont peut-être plus difficiles à interpréter. Mais n'oublions pas que nous ne sommes pas devant une dysenterie amibienne franche, mais devant un processus subaigu, traînant depuis longtemps, ce qui explique d'une part que, nous n'ayons pu déceler de foyers amibiens, d'autre part, que nous nous trouvions devant un foie cachectique plus qu'amibien.

D'ailleurs, nous savons que le gros foie douloureux abcédé n'est pas la règle et que l'hépatite amibienne n'existe pas toujours.

En outre, la littérature au point de vue anatomo-pathologie hépatique est moins riche qu'au point de vue clinique, faute d'expertises. Les malades, soignés à temps, guérissent presque toujours grâce au traitement spécifique.

Nous n'excluons pas d'ailleurs la possibilité d'une atteinte hépatique diffuse au début, mais celle-ci peut être masquée par la dégénérescence accusée de l'or-

gane. Nous ne reviendrons pas sur la présence des cellules géantes, qui nous l'avons dit, sont bien souvent une preuve d'infection lente sans plus.

La recherche des bacilles de Koch après coloration aurait pu avoir un intérêt, bien que nous pensions qu'elle eût été négative, sinon comment expliquer la négativité de toutes les recherches dans les crachats, les urines, les selles, et l'on sait que les bacilles acido-alcool-résistants abondent dans les selles d'entérite tuberculeuse.

Nous ne pensons donc pas qu'aucune objection sérieuse puisse être retenue contre le diagnostic d'amibiase subaiguë autochtone qui ne fait aucun doute pour nous, puisque la présence d'amibes dysentériques virulentes a été prouvée à deux reprises. Nous précisons en ajoutant que nous nous trouvons devant une amibiase sans lésions hépatiques, du moins apparentes, et rebelle au traitement émétinien.

CONCLUSION

Nous sommes devant un cas d'amibiase subaiguë autochtone dont le diagnostic fut dû à un hasard de recherche, et nous avons vu que bien des auteurs avant nous ont hésité avant de conclure ; et ceci à cause de la pauvreté des signes cliniques, de leur variabilité, de leur diversité.

L'amibiase autochtone est donc une maladie difficile à déceler ; aussi croyons-nous nécessaire l'examen systématique et répété des selles, devant tout entérite atypique, car la présence des amibes et des kystes est encore à notre avis, le signe le plus fidèle et le plus indiscutable d'une atteinte même larvée.

Vu : le Président de la thèse,
M. LEMIERRE.

Vu : le Doyen,
BAUDOUIN.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — Difficultés du diagnostic des amibiases chroniques. *Maroc médical*, n° 110, 15 août 1931.
- BIDEGARAY. — Sur un procédé pratique d'enrichissement de technique coprologique. Société de Biologie de Lille, séance du 1^{er} avril 1929 ; compte rendu de la Société de Biologie, 1929, p. 269.
- BOURDELÈS (B. Le). — La dysenterie amibienne. Encyclopédie, feuillet 8083. Maladies infectieuses, 1^{re} édition, août 1935.
- BRUMPT. — Traité de Parasitologie, t. I, p. 181 et suiv.
- CARLES. — L'avenir des dysentériques amibiens. *Journal médical français*, mai 1921.
- DELACROIX. — Amibiase et constipation. *Maroc médical*, 1930, p. 325.
- DESCIENS. — Comment concevoir les complications viscérales de l'amibiase. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1933, séance du 8 février 1933, p. 175-183.
- Indications pratiques sur le transport des formes végétatives d'amibes dysentériques. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 8 mars 1932, p. 207.
- DOPTER. — Les dysenteries. Doin et fils. Paris, 1909.
- FIESSINGER. — Les formes frustes des abcès du foie d'origine amibienne. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, article 29641, 25 mai 1930.

- FRANGON et HUTINEL. — Les données nouvelles sur l'amibiase hépatique. *Bruxelles médical*, t. IV, n^{os} 51 et 52, 29 mai et 1^{er} juin 1924.
- HIRTZMANN. — L'hépatite amibienne. Ses variétés anatomopathologiques et leur traitement. *Progrès médical*, 4 janvier 1930, p. 14.
- LOEPER. — La coëlialgie durable des dysentériques. *Progrès médical*, février 1919.
- MONTEL. — Adénopathies iliaques de l'amibiase. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1933, p. 187, séance du 9 février 1933.
- OURY et GODARD. — Aspects et traitement de l'amibiase chronique. *Presse médicale*, 4 mars 1931, p. 316.
- PAISBEAU et BERTRAND-FONTAINE (Mme). — Sur un cas d'amibiase chronique. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 10 mars 1926, p. 176-180.
- QUERANGAL DES ESSARTS. — Amibiase et parasitismes intestinaux à Brest. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, séance du 9 février 1933.
- RIEUX. — Les méfaits de l'amibiase. *Journal des sciences médicales de Lille*, n^{os} 51 et 52, 1929.
- SEGAL. — Amibiase et anémie pernicieuse. *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales*, 1932, p. 154.
-

187. — Imp. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (N° 31.0939). — 3-46
